

# Formulario de solicitud de reembolso para miembros



Usted debe ser miembro de Senior Care Options de WellSense al momento de la prestación del servicio y su recibo debe ser por servicios con cobertura. Las solicitudes de reembolso deben enviarse en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Comuníquese con Servicios al Miembro al 855-833-8125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

## Información del miembro (escriba en letra de imprenta con claridad)

Número de ID de miembro (se encuentra en su tarjeta de ID de miembro)

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

## Información del servicio

Nombre del proveedor:

Fecha del servicio:

Dirección y número de teléfono del proveedor (si se sabe):

¿En qué entorno recibió el tratamiento? (por ej., consultorio, sala de emergencias, hospital, clínica, etc.)

**Información del miembro (escriba en letra de imprenta con claridad)**

Monto de reembolso que solicita: \$

**Si los servicios se prestaron fuera de EE. UU.:**

¿En qué país se prestaron los servicios?

¿En qué idioma se escribió la factura o el recibo?

¿En qué moneda se pagó la factura?

Describa los puntos o los servicios por los cuales fue visto (por ej., asma, análisis de laboratorio, visita a la sala de emergencias, vacuna contra la gripe, anteojos, equipos médicos duraderos, etc.):

**Información sobre pago: marque cuál de las siguientes pruebas de pago aceptables adjunta a este formulario:**

- Una copia del anverso y reverso del cheque cancelado librado al proveedor o del anverso del cheque con codificación bancaria librado al proveedor
- Un resumen de tarjeta de crédito o recibo con facturación detallada y autorización, si corresponde
- Una declaración del proveedor escrita en papel con el encabezado del proveedor y con la firma autorizada que indique que se realizó el pago

**(Incluya la prueba de pago y el recibo detallado)**

(Use el lado de atrás u otra hoja de papel para incluir información adicional si es necesario)

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN** (debe firmar este formulario debajo)

## Formulario de solicitud de reembolso para miembros

---



Entiendo que WellSense puede solicitar información adicional de los proveedores sobre este reclamo. Certifico que la información proporcionada en respaldo de esta presentación es completa y correcta, y que no he hecho una presentación anterior o recibido un reembolso por estos servicios.

---

Firma del miembro

---

Fecha

Envíe este formulario por correo (incluso copias de los documentos solicitados) a:

WellSense Senior Care Options  
100 City Square, Suite 200  
Charlestown, MA 02129

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

Senior Care Options (HMO D-SNP) de WellSense es un plan HMO con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en Plan Senior Care Options (HMO D-SNP) de WellSense depende de la renovación del contrato. Senior Care Options (HMO D-SNP) de WellSense es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.